Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2015–2016

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 664 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 oktober 2015

1. Inleiding

De afgelopen jaren is in het maatschappelijke debat regelmatig gesproken over zorgmijding. Het afzien van zorg is niet per se ongewenst. Soms gebruiken mensen terecht geen (vervolg)zorg, omdat bijvoorbeeld zonder zorg de klacht vanzelf overgaat. Wanneer mensen echter onterecht afzien van noodzakelijke (vervolg)zorg, bijvoorbeeld vanwege hun inkomen, is dat ongewenst.

Met uw Kamer heb ik meermaals van gedachten gewisseld over zorgmijding en over de gevolgen van het verhoogde eigen risico. Daarbij is uitgebreid stilgestaan bij de verschillende resultaten uit eerdere onderzoeken en enquêtes. Omdat ik wil voorkomen dat mensen afzien van noodzakelijke zorg heb ik daarop aan uw Kamer toegezegd om nader onderzoek te verrichten naar de omvang en aard van zorgmijding.[1]

Om te komen tot een breed gedragen onderzoeksopzet heb ik het onderzoek samen met de Consumentenbond, de Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland door Nivel laten uitvoeren. Hierbij bied ik u de resultaten van dit onderzoek[2] en mijn reactie daarop aan.

2. Voornaamste bevindingen

Het breed opgezette onderzoek geeft inzicht in de omvang en de aard van het mijden van zorg, de achtergrondkenmerken van zorgmijders, hun redenen en de gevolgen. Hiertoe zijn naast een enquête ook diepte-interviews gehouden en gegevens over daadwerkelijk zorggebruik

[1] Algemeen Overleg over de Zorgverzekeringswet op 4 september 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 555).
[2] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

kst-29689-664
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

geanalyseerd. Daarbij is gekeken in hoeverre een verwijzing van de huisarts daadwerkelijk heeft geleid tot het afzien van het gebruik van geneesmiddelen, diagnostiek of medisch specialistische zorg. Het onderzoek heeft betrekking op de periode 2008 tot 2014/2015, waardoor resultaten ook in perspectief geplaatst kunnen worden.
Signalen uit de maatschappij geven aan dat afzien van zorg voornamelijk optreedt bij mensen met lagere inkomens. Om te komen tot betrouwbare uitspraken over die groep zijn voor de enquête relatief veel mensen met lage inkomens benaderd. Daarmee zijn ook relatief meer ouderen benaderd. Desondanks onderkennen de onderzoekers dat met dit onderzoek sommige kwetsbare groepen niet zijn bereikt.

Het aantal patiënten waarop de analyses zijn gebaseerd verschilt per jaar en per zorgvorm, van circa 93.000 verwijzingen naar medische specialistische zorg in 2008 tot bijna 500.000 voor geneesmiddelen in 2014. Een dergelijk omvangrijk onderzoek naar zorgmijding in Nederland is niet eerder uitgevoerd.

Resultaten:
- Vijftien procent van de mensen heeft in de twaalf maanden voorafgaand aan de vragenlijst afgezien van een bezoek aan de huisarts.
- Drie procent van de mensen ziet af van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen. Dit percentage neemt niet toe door de jaren heen en is onveranderd in vergelijking met 2009 en 2012.
- Jongvolwassenen (18–39 jaar) en mensen met lagere inkomens zien vaker af van huisartsenbezoek vanwege financiële redenen dan mensen vanaf 40 jaar en mensen met hogere inkomens.
- Achtenveertig procent van de mensen die afziet van een bezoek aan de huisarts geeft achteraf aan dat het geen goede beslissing was.
- Het percentage mensen dat een verwijzing niet opvolgt stijgt sinds 2010, met de sterkste toename in 2011 en 2012.
- Het percentage mensen dat geneesmiddelen niet ophaalt, is gedaald tussen 2008 en 2010. Van 2011 op 2012 steeg het percentage en sindsdien is het vrijwel constant. Het huidige percentage is overigens lager dan in 2008.
- Voor diagnostiek kunnen op basis van dit onderzoek geen conclusies worden getrokken over het mijden van zorg.
- Jongvolwassenen (18–39 jaar) zien vaker af van vervolgzorg dan andere leeftijdsgroepen. Mensen die in achterstandswijken wonen, halen vaker hun voorgeschreven geneesmiddelen niet op dan mensen in andere wijken.
- In de hele onderzoeksperiode was er sprake van het afzien van vervolgzorg (minimaal 18% bij verwijzingen en 24% bij geneesmiddelen). De toename in het afzien van vervolgzorg vindt vooral plaats onder patiënten met chronische aandoeningen.
- In januari en februari halen mensen gemiddeld vaker hun geneesmiddelen niet op dan in de rest van het jaar.

Ik concludeer uit het onderzoek dat verhoudingsgewijs een beperkt aantal patiënten (3%) om financiële redenen afziet van een bezoek aan de huisarts. Dat aantal is zeer vergelijkbaar met uitkomsten van onderzoeken uit 2009 en 2012. Ondanks dat het om een klein percentage gaat, vind ik het belangrijk om gericht te kijken naar de groepen waar dit optreedt: jongvolwassenen tussen 18–39 jaar en mensen met lage inkomens (zie paragraaf 4). Overigens valt op dat meer dan de helft van de personen die zegt af te zien van een bezoek aan de huisarts dat doet omdat zij denken dat de klacht vanzelf over gaat. Terecht wordt dit niet als het ongewenst afzien van huisartsenzorg beschouwd.

Het onderzoek laat zien dat in de periode 2010–2013 het aantal personen dat een verwijzing voor medisch-specialistische zorg niet opvolgt fors is en met 9 procentpunt is gestegen. Opvallend is echter dat de sterkste toename in 2011 en 2012 heeft plaatsgevonden, terwijl de stijging in 2013 (het jaar van sterke verhoging van het eigen risico tot € 350) juist relatief beperkt is. Dit duidt er op dat ook andere (financiële) factoren dan het verplicht eigen risico een rol spelen bij zorgmijding. Niettemin vraagt (de toename van) het aantal mensen dat een verwijzing naar een medisch specialist niet opvolgt om aandacht (zie paragraaf 4).

Het onderzoek laat zien dat vooral jongvolwassenen een verwijzing niet opvolgen. Daarbij maak ik wel de kanttekening dat het in absolute termen eerder chronisch zieken of ouderen zullen zijn die afzien van vervolgzorg, omdat deze groepen meer zorg gebruiken dan jongvolwassen. Opvallend is dat bij jongeren onder de 18 jaar (waarvoor geen eigen risico geldt) 25% van de verwijzingen niet wordt opgevolgd.

De cijfers over het niet ophalen van geneesmiddelen zijn eveneens opvallend. Weliswaar is ook hier in 2011 en in 2012 sprake van een toename (en relatief constant in 2013 en 2014), maar het huidige cijfer is dan nog steeds lager dan het in 2008 is geweest. Mensen uit achterstandswijken komen naar voren als groep die vaker voorgeschreven geneesmiddelen niet ophaalt.

Naar mijn idee komen de resultaten van dit onderzoek overeen met die van eerdere onderzoeken die ik heb laten verrichten naar de effecten van de verhoging van het eigen risico in 2013.[3] Vektis[4] heeft effecten op de eerste- en tweedelijnszorg geanalyseerd door het zorggebruik in 2012 en 2013 te vergelijken. De uitkomsten van het Nivel-onderzoek komen op verschillende punten overeen. Zo blijkt uit de Vektis-analyse dat de gemiddelde kosten per (declarerende) verzekerde op het gebied van huisartsenzorg in 2013 zijn gestegen in vergelijking met 2012. Dit duidt niet op het meer afzien van huisartsenzorg in 2013 ten opzichte van 2012. Ook het Nivel-onderzoek concludeert dat er in de periode 2008–2014 geen aanwijzingen zijn dat meer mensen afzien van huisartsenzorg.

De Vektis-analyse van tweedelijnszorg laat zien dat in 2013 een lichte volumedaling optrad in de tweedelijnszorg ten opzichte van 2012. Hoewel niet direct tot elkaar te herleiden, past hierbij de Nivel-bevinding van een lichte stijging van het percentage patiënten dat één (of meerdere) verwijzingen naar een specialist niet opvolgde. Vektis schrijft dit voornamelijk toe aan verzekerden jonger dan 65. Ook uit het Nivel-onderzoek blijkt dat het vooral jongvolwassenen tussen 18–39 jaar waren die één of meerdere verwijzingen naar de medisch specialist niet hebben opgevolgd.

3. Betaalbaarheid van het zorgstelsel

De macro-betaalbaarheid van de zorg is een belangrijke doelstelling van beleid. Het verplichte eigen risico draagt daaraan op drie manieren bij:

– Medefinanciering: wanneer mensen die zorg gebruiken een deel van de kosten zelf betalen, blijven de collectieve lasten beperkt en stijgt de zorgpremie minder. Voor 2016 is de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico € 3,2 miljard. Wanneer het verplichte eigen risico € 0,– zou zijn, zou de premie voor iedereen met circa € 240 stijgen (het

[3] Kamerstuk 29 689, nr. 533, brief van 2 juli 2014 en Kamerstuk 29 689, nr. 623, brief van 23 juni 2015.

[4] Vektis, Eigen risico en afzien van zorg, mei 2014 en Vektis, Vergelijking gebruik tweedelijnszorg 2012 en 2013, juni 2015.

financieringeffect bij gelijkblijvende zorguitgaven). Ik vind een dergelijke premiestijging onwenselijk.
– Sturing: zorgverzekeraars kunnen het eigen risico inzetten als sturingsinstrument. Daarmee komen zorgkosten niet of slechts gedeeltelijk ten laste van het eigen risico wanneer een patiënt gebruik maakt van door de zorgverzekeraar geselecteerde zorg of gezondheidsprogramma's.
– Remeffect: het eigen risico doet de vraag naar (onnodige) zorg aantoonbaar afnemen. In sommige gevallen is het niet nodig om naar de arts te gaan, het eigen risico is een factor die de patiënt bij die afweging mee kan nemen.[5]

Deze functies van het eigen risico gelden onverkort. Tegelijkertijd ben ik mij ervan bewust dat het eigen risico voor sommige mensen een factor kan zijn om af te zien van noodzakelijke zorg. Om de financiële toegang tot de zorg ook voor hen te borgen is ondersteuning gecreëerd:
– Huishoudens met lage inkomens worden via de zorgtoeslag grotendeels gecompenseerd voor de gemiddelde zorgpremie en het gemiddeld eigen risico. De extra verhoging van het eigen risico met € 115 in 2013 is zelfs volledig gecompenseerd in de zorgtoeslag. Hierdoor betaalt iemand met een minimum inkomen in 2015 per maand gemiddeld € 35 aan nominale premie en gemiddeld eigen risico voor de hoge kwaliteit zorg zoals we dat in Nederland kennen. Dit is minder dan vóór de invoering van de Zorgverzekeringswet. In 2015 was bijvoorbeeld de gemiddelde jaarlijkse premielast voor mensen met een minimum inkomen € 90 lager dan tien jaar geleden, in 2005. De zorgtoeslag is daarmee een effectief instrument voor de inkomenssolidariteit in ons stelsel.
– Na afschaffing van de Wet Tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten en de Compensatie eigen risico is in 2015 € 216 miljoen (in 2016 € 266 mln en vanaf 2017 € 268 miljoen) via het Gemeentefonds ter beschikking gesteld aan gemeenten. Deze mogen de middelen naar eigen inzicht besteden aan bijvoorbeeld een bijdrage in de premie van mensen die deelnemen aan een gemeentecollectiviteit, een tegemoetkoming voor meerkosten voor zorg of financiële ondersteuning bieden in individuele, specifieke situaties.
– Sommige zorgkosten komen in aanmerking voor een fiscale aftrek. Juist mensen met een beperkt inkomen kunnen voor aftrek in aanmerking komen, omdat zij de drempel eenvoudiger halen. De belastinguitgave voor specifieke zorgkosten heeft een omvang van € 400 miljoen, de aftrek voor jonggehandicapten bedraagt € 90 miljoen.

Diverse zorgvormen zijn bewust *uitgezonderd* van het eigen risico, namelijk: huisartsenzorg (waaronder de huisartsenpost), verloskundige zorg en kraamzorg, specifieke zorg bij chronische aandoeningen (diabetes mellitus type 2, COPD en CVR), wijkverpleging, nacontroles bij orgaandonatie en reiskosten bij orgaandonatie. Ook voor zorg aan jongeren tot 18 jaar geldt geen eigen risico. Als een zorgverzekeraar bepaalde hulpmiddelen in bruikleen verstrekt (zoals een beeldschermloep of infuuspompen) vallen deze ook buiten het eigen risico. Alle hulpmiddelen die in eigendom worden verstrekt vallen wel onder het eigen risico, met soms een eigen bijdrage.

Ik sta achter de zorgvuldige balans tussen toegankelijkheid en betaalbaarheid in ons stelsel. Er is een palet aan maatregelen om de financiële toegang tot zorg te borgen. Dit neemt niet weg dat mensen met schulden of mensen met lage inkomens het betalen van zorgkosten (premies, eigen

[5] CPB – Zorgkeuzes in Kaart, bijlage 4, Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg.

risico, eigen bijdragen) als een probleem kunnen ervaren, en dat dit nijpender is geworden door de economische crisis van de afgelopen jaren. Uit het voorgaande blijkt dat de zorgtoeslag de financiële toegang tot zorg voor mensen met een laag inkomen borgt. Ik ben daarom ook niet van plan de hoogte van het eigen risico aan te passen of extra zorgvormen uit te zonderen van het eigen risico.

4. Aanvullende acties

Wel neem ik op basis van de onderzoekresultaten maatregelen gericht op een aantal specifieke groepen waarbij relatief meer sprake is van het afzien van noodzakelijke zorg: mensen met lage inkomens, jongvolwassenen in de leeftijdscategorie 18–39 jaar en mensen in achterstandswijken. Deze groepen hebben uiteenlopende redenen om af te zien van noodzakelijke zorg, en deze redenen zijn niet louter van financiële aard.

Rijksoverheid

Het onderzoek toont aan dat mensen die de hoogte van het eigen risico realistisch inschatten minder vaak afzien van noodzakelijke zorg dan degenen die dat niet doen. Ik vind het essentieel dat zoveel mogelijk mensen beschikken over de juiste kennis over zorgkosten, het eigen risico en de zorgtoeslag. Daarnaast zal ik sommige groepen extra voorlichten om te komen tot een betere bewustwording. Daartoe onderneem ik de volgende acties:

– Extra aandacht voor het verplichte eigen risico in de jaarlijkse najaarscampagne, gericht op de hele bevolking. Ik vind het bijvoorbeeld belangrijk dat mensen bewust zijn van het feit dat sommige zorgvormen zijn uitgezonderd van het eigen risico.
– Vergroten bekendheid van mogelijkheden voor gespreid betalen, zodat betaling van het eigen risico niet een onverwachte eenmalige uitgave hoeft te zijn, maar dat deze beter in de pas kan lopen met de ontvangst van het inkomen en de zorgtoeslag. Meer bekendheid over gespreid betalen kan ertoe leiden dat onder andere mensen met lage inkomens en mensen in achterstandswijken er meer gebruik van maken.
– Het opnieuw onder de aandacht brengen van de fiscale aftrek voor specifieke zorgkosten. De regeling is dusdanig vorm gegeven dat deze voor mensen met lage inkomens relevant is.
– Doelgroepgerichte voorlichting om bij de leeftijdsgroep 18–39 jaar meer bewustwording te creëren. Uit ander onderzoek blijkt dat ook de helft van alle wanbetalers uit deze leeftijdsgroep komt[6]. In het algemeen vormt deze groep weliswaar een relatief gezonde populatie, maar ik vind het geen goede zaak als zij op verkeerde gronden afzien van noodzakelijke zorg. Omdat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) ervaring heeft met voorlichting aan deze doelgroep zal ik hen betrekken om te bekijken hoe deze groepen het beste bereikt kunnen worden.
– Gerichte voorlichting bij jongeren rond het moment dat zij 18 jaar worden. Daarbij wil ik gebruik maken van specifieke communicatiekanalen met een hoog bereik in deze groep, bijvoorbeeld sociale media. Ook hierbij wil ik mede gebruik maken van de kennis van de SKGZ.

Gemeenten

Ook vind ik het belangrijk dat mensen optimaal gebruik maken van de verschillende mogelijkheden tot de ondersteuning die gemeenten kunnen bieden. Met name voor kwetsbare mensen in specifieke omstandigheden,

---

[6] Zie ook VWS-verzekerdenmonitor 2015, brief van de Minister van VWS d.d. 14 oktober 2015 (Kamerstuk 33 077, nr. 15).

mensen met lagere (besteedbare) inkomens en mensen in achterstandswijken kan dit van belang zijn. Het is belangrijk dat deze mensen weten dat de gemeente een loket biedt voor specifieke ondersteuning en daar terecht kunnen.

– Zo bieden nagenoeg alle gemeenten momenteel een collectieve verzekering (inclusief aanvullend pakket) voor minima en chronisch zieken aan. Naar schatting zijn 620.000 mensen via de gemeentelijke collectiviteiten verzekerd voor zorgkosten. De gemeente kan daarbij een bijdrage geven in de premie voor de aanvullende zorgverzekering; daarnaast geldt mogelijk een collectiviteitskorting. Naar schatting heeft ongeveer 50% van deze verzekerden een regeling in hun aanvullende polis voor betaling van het eigen risico. Via de aanvullende verzekering in de collectieve polis kan circa 15% het eigen risico vooraf gespreid betalen en is het bij 35% herverzekerd. Ik vind het belangrijk dat gemeenten en iedereen voor wie deze collectieve polis een oplossing kan zijn, kennis heeft van de mogelijkheden van het afsluiten c.q. deelnemen aan deze collectiviteit.
– Ik wil daartoe mede in overleg met de VNG in de voorlichting door de rijksoverheid meer bekendheid geven aan de rol van gemeenten. Een andere mogelijkheid kan zijn hier in de directe cliëntenvoorlichting meer bekendheid aan te geven, bijvoorbeeld bij het verstrekken van uitkeringen, aan het Wmo-loket of de bijzondere bijstand en tijdens de keukentafelgesprekken. De loketfunctie van de gemeente voor kwetsbaren is belangrijk.
– Gemeenten hebben in het kader van de uitvoering Wmo, beleidsvrijheid in de wijze waarop zij invulling geven aan de tegemoetkoming in meerkosten als bedoeld in art. 2.1.7 Wmo. Gemeenten die een tegemoetkoming bieden kiezen veelal voor een invulling waarbij vooraf wordt gedefinieerd welke groepen voor een tegemoetkoming in aanmerking komen. Toch heeft een gemeente de mogelijkheid te bepalen dat een regeling kan worden getroffen in individuele omstandigheden waarin een algemenere tegemoetkoming niet voorziet. Ook op dit punt zal ik met gemeenten/VNG in overleg gaan over de vraag hoe we burgers beter kunnen informeren over het gemeentelijk tegemoetkomingbeleid in verband met meerkosten als gevolg van ziekte of beperking alsook over eventuele andere maatregelen om het risico op zorgmijding op lokaal niveau te beperken.

Zorgaanbieders

Ook zorgaanbieders kunnen ertoe bijdragen dat mensen minder afzien van noodzakelijke zorg. In een goede behandelrelatie tussen arts/hulpverlener en patiënt wordt vanzelfsprekend ook het gesprek gevoerd over de noodzaak om een verwijzing voor vervolgzorg op te volgen. Vooral daar waar andere motieven dan louter financiële een rol spelen, vind ik het belangrijk dat een arts/hulpverlener het gesprek aangaat. Als het afzien van zorg niet met financiële motieven te maken heeft ligt er een taak voor zorgaanbieders om schaamte, een gebrek aan vertrouwen of onvoldoende inzicht in het ziektebeeld bespreekbaar te maken.
Daarnaast denk ik aan het volgende:

– Doelmatig handelen door de arts kan voorkomen dat de patiënt onnodige kosten maakt. Dit betekent het zoveel mogelijk behandelen in de eerste lijn, het bespreken van alternatieven en het voorkomen van dubbele diagnostiek.
– Ik vind het belangrijk dat er ook voldoende transparantie over zorgkosten is en dat er vooraf inzage is in die kosten. Per 1 november 2015 treedt de regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten in werking. Hierin wordt geregeld dat wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van

een behandeling, de zorgverzekeraar alle informatie verstrekt die de consument nodig heeft voor een goed overwogen keuze voor een vervolgbehandeling.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars besteden in hun communicatie reeds aandacht aan het eigen risico. Via de «mijn omgeving» is voor de verzekerde het verloop van het eigen risico te volgen. Ik vind die transparantie belangrijk. Daarnaast vind ik het belangrijk dat verzekerden op de hoogte zijn van het volgende:

- Er bestaat de mogelijkheid om het verplicht eigen risico gespreid te betalen, nadat zorgkosten zijn gemaakt. Er zijn verschillende groepen die hierbij baat kunnen hebben, waaronder mensen met lage inkomens. Sommige verzekeraars bieden daarnaast de mogelijkheid om het eigen risico vooraf in termijnen te betalen. Dit laatste kan relevant zijn voor degenen die verwachten het eigen risico te zullen volmaken, zoals chronisch zieken.
- De verzekeraar kan ook zelf bepalen dat over bepaalde zorg geen eigen risico is verschuldigd. In de brief Kwaliteit loont[7] worden verzekeraars aangemoedigd om het eigen risico meer als sturingsinstrument te gebruiken. Ik stimuleer dit door de risicoverevening voor met name chronisch zieken aan te passen[8]. Verzekeraars kunnen bij door hen te bepalen zorgvormen ervoor kiezen geen eigen risico in rekening te brengen. Vooral voor geneesmiddelen is er al een aantal verzekeraars die dit instrument gebruikt.
- Zorgverzekeraars hebben zelf in het *Actieplan Kerngezond* aangekondigd dat zij vanaf dit najaar niet meer zullen werven met een Zvw-premie bij een volledig vrijwillig eigen risico. Ik juich dit toe omdat het mensen kan behoeden voor financieel onverstandige keuzes. Degene die kiest voor een vrijwillig eigen risico moet wel in staat zijn om de zorgkosten te betalen. Het onderzoek bevat hierover geen informatie, maar mogelijk speelt bij de groep jongvolwassenen tussen 18 en 39 jaar ook het hebben van een maximaal vrijwillig eigen risico een rol.
- Om dezelfde reden kunnen verzekeraars er zelf voor kiezen om geen of maar in beperkte mate een vrijwillig eigen risico bij de zorgverzekering aan te bieden. Daarvoor staat geen wet- of regelgeving in de weg.

Patiënten- en consumentenorganisaties

Organisaties van patiënten en cliënten spelen een belangrijke rol in de voorlichting, door bijvoorbeeld aandacht te besteden aan het verplicht eigen risico en uitzonderingen daarop. Zoals uit het onderzoek naar voren komt: respondenten die hun eigen risico realistisch inschatten (hoogte, uitzonderingen) mijden minder vaak zorg. Ook is het belangrijk dat de organisaties hun leden informeren over de mogelijkheden die er zijn om het eigen risico (en de Zvw-premie) betaalbaar te houden. Mensen zien vaak wel dat de zorgkosten toenemen, maar beseffen niet dat ook de zorgtoeslag stijgt. Overigens is ook van belang dat mensen zich bewust zijn van de risico's die verbonden zijn aan het vrijwillig eigen risico.

---

[7] Kamerstuk 31 765, nr. 116, brief van 6 februari 2015.

[8] De verbeteringen van de vereveningsmodellen hebben naar verwachting in ieder geval de volgende gevolgen: 350.000 extra chronisch zieken worden geïdentificeerd. Herverdeling van gezond naar ongezond bedraagt 13,8 miljard euro (36% van de kosten). Dit was 5,2 miljard in 2006 (26% van de kosten). Anders gezegd: chronisch zieken zijn steeds beter in beeld bij de verdeling van zorgmiddelen waardoor verzekeraars meer dan in het verleden een stimulans hebben om zich te richten op deze groep, deze aan zich te binden en een goede inkoop van zorg voor deze groep te organiseren.

5. Tot slot

Door de koppeling van enquêtes en interviews aan databestanden van feitelijk gedrag biedt het Nivel-onderzoek een goed inzicht in de omvang en aard van zorgmijding en de achtergrondkenmerken, redenen en gevolgen van degenen die afzien van zorg.

Ik wil de uitwerking van bovenstaande maatregelen in samenwerking met de Consumentenbond, de Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland ter hand te nemen en daarmee een vervolg geven aan de goede samenwerking tijdens dit onderzoek.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers